

CHILD ENROLLMENT APPLICATION FOR THE CHILD AND ADULT CARE FOOD PROGRAM FY 2005 (SPANISH)

Su proveedor es, _____ y participa en el "Child and Adult Care Food Program" (CACFP). Este programa ofrece los beneficios de "The National School Lunch Program", para los niños que participan en los hogares de cuidado familiar. Su proveedor participa en el CACFP por medio del patrocinador: _____

(Nombre de la Organización Patrocinadora)

Bajo los reglamentos del "Child and Adult Care Food Program", si su proveedor es reembolsado por comidas servidas a niños bajo su cuidado, no le debe cobrar por separado por las comidas ofrecidas a su hijo(a) ni debe le debe pedir que provea los alimentos para su hijo(a). A través del "Child and Adult Care Food Program" su proveedor puede ser reembolsado por dos comidas y un aperitivo, o dos aperitivos y una comida por día por su hijo (a). Su proveedor puede cobrar por los alimentos que le sirve a su hijo(a) que nos son reembolsados.

Un proceso de verificación puede llevarse a cabo para asegurar que los reembolsos de su proveedor consisten con los servicios ofrecidos. Como patrocinador de su proveedor debemos verificar que su niño esta matriculado en este hogar. Por favor complete la siguiente información.

Yo deseo registrar en el CACFP los siguientes niños:

Nombre Completo del Niño (s)	Fecha de Nacimiento	Nombre de la Escuela (si es que asiste)	Horario de Escuela
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Días de cuidado: (circule únicamente los días aplicables) **Lun. Mar. Miér. Jue. Vier. Sab. Dom.**

Indique las horas de cuidado normalmente: De las _____ a las: _____ **Sus horas de trabajo varían? Sí o No**
(si sus horas varían indique numero de teléfono abajo)

Indique si necesita cuidado para su hijo en los días festivos? **Sí No**

Su hijo es (marque todas que apliquen):

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Niño en cuidado | <input type="checkbox"/> Hijo de Proveedor |
| <input type="checkbox"/> Por compensación | <input type="checkbox"/> No por compensación |
| <input type="checkbox"/> Nuevo registro | <input type="checkbox"/> Registro continuo |
| <input type="checkbox"/> Mi nieto | |

Marque las comidas que su hijo (a) recibe en la escuela

- Desayunos
- Comida (almuerzo)
- Cenas
- Aperitivos

FIRMA DEL PADRE # DE TELEFONO DE TRABAJO # DE TELEFONO DEL HOGAR/MENSAGE

DIRECCION CIUDAD CODIGO POSTAL FECHA

Raza/Identidad Étnica de su hijo:

Esta información es voluntaria su cooperación facilitará determinar cumplimiento de las leyes Federales de los derechos civiles. Bajo ninguna circunstancia esta información será usada para considerar su aplicación. Si usted se niega a ofrecer esta información no afectará sus beneficios de la aplicación. Estamos autorizados a tomar esta información bajo el "Title VI" de los Derechos Civiles Act de 1964. La recolección de esta información es estrictamente para reportes estadísticos requeridos. Marque la categoría correcta (si desea hacerlo):

- Blanco (no de origen Hispano) Africano (no de origen Hispano) Hispano
- Indio Americano o Nativo de Alaska Asiático o Islas de Pacifico

CONFIDENCIALIDAD: La información que usted provee será tratada en forma confidencial y será usada únicamente para determinar su elegibilidad y para verificar datos relacionados al Child and Adult Care Food Program.

"The U.S. Department of Agriculture" (USDA) prohíbe la discriminación en todos sus programas y actividades en base a raza, color, nacionalidad de origen, género, edad, incapacidad. Personas con discapacidades que requieran medios de comunicación pueden obtener información (Braille, tipografía grande, cintas de audio) llamando a USDA's TARGET CENTER al (202) 720-2600 (voice and TDD). Para presentar una queja de discriminación, favor de escribir a USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 14th and Independence Avenue SW Washington, DC 20250-9410 o llamar al (202) 720-5964 (voice and TDD). USDA es un proveedor y mpleador con igualdad de oportunidades.